

Prrière de compléter chacune des étapes suivantes

1. Choisissez vos cours obligatoires

Théorique

Appliqué

Échelon local

Ouvert

Encerclez **UN** cours de Français

FRA2DF

FRA2PF

FRA2LF

Encerclez **UN** cours de Mathématiques

MPM2DF

MFM2PF

MAT2LF

Encerclez **UN** cours de Science

SNC2DF

SNC2PF

SNC2LF

Encerclez **UN** cours d'English

EAE2DE

EAE2PE

EAE2LE

Encerclez **UN** cours d'Histoire

CHC2DF

CHC2PF

Encerclez **UN** cours d'Études
canadiennes et mondiales

CHV2OF

(0,5 crédit)

Encerclez **UN** cours en Formation au
cheminement de carrière

GLC2OF

(0,5 crédit)

2. Maintenant que vous avez choisi 6 des 8 crédits pour la 10^e année, vous devez choisir et encerclez **DEUX AUTRES COURS de la liste suivante :**

Ouvert

HFN2OF
Alimentation et
nutrition

OU

Ouvert

PAL2OF
Vie active et santé
Hockey

OU

Ouvert

TCJ2OF
Technologie de la
construction

Encerclez **UN** cours

AVI2OF
Arts visuels

OU

BTT2OF
Introduction à
l'informatique

OU

PPL2OF
Vie active et
santé

Encerclez **UN** cours

3. Prière de signer le formulaire de choix de cours dûment rempli et le retourner à l'école le plus tôt possible. Pour de plus amples renseignements et/ou si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous en composant le (705) 753.2888. Il nous ferait plaisir de vous aider.

Signature de l'élève: _____

Date: _____

Signature du parent: _____

Date : _____



École secondaire publique Northern

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :					
Nom de famille		Prénom		Deuxième prénom	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	D.D.N. (jj/mm/aaaa)	N° de carte-santé		Année d'étude visée	
Adresse civique et postale :	Case postale	N° de rue	Rue		
	Ville ou village		Code postal	N° de téléphone	
Adresse courriel de l'élève :					
Première langue (cocher une seule case) :		<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre (préciser) :	
Langue principale à la maison (cocher une seule case) :		<input type="checkbox"/> français	<input type="checkbox"/> anglais	<input type="checkbox"/> autre (préciser) :	
Frère(s) et/ou sœur(s) inscrits à l'école et niveaux :					
Nom de l'école précédente (s'il y a lieu) :				Difficulté d'apprentissage ou aide supplémentaire <input type="checkbox"/> oui	
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :					
Mère <input type="checkbox"/> ou Tutrice <input type="checkbox"/> (s.v.p. cocher)			Père <input type="checkbox"/> ou Tuteur <input type="checkbox"/> (s.v.p. cocher)		
Nom :			Nom :		
Adresse (si différente de l'élève) :			Adresse (si différente de l'élève) :		
N° de téléphone à la maison :			N° de téléphone à la maison :		
N° de téléphone cellulaire :			N° de téléphone cellulaire :		
Adresse courriel :			Adresse courriel :		
Employeur :			Employeur :		
N° de téléphone au travail :			N° de téléphone au travail :		
Première langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> autre (préciser)			Première langue : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais (cocher une seule case) <input type="checkbox"/> autre (préciser)		
Langue principale à la maison : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) :			Langue principale à la maison : <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> autre (préciser) :		
<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Habite avec l'élève	<input type="checkbox"/> Garde partagée
<input type="checkbox"/> Garde légale à la mère	<input type="checkbox"/> Aucun accès à l'enfant	<input type="checkbox"/> Garde légale à la mère	<input type="checkbox"/> Aucun accès à l'enfant	<input type="checkbox"/> Garde légale à la mère	<input type="checkbox"/> Aucun accès à l'enfant
CONDITION MÉDICALE DE L'ÉLÈVE :					
Allergies sévères : <input type="checkbox"/> Oui (préciser) : <input type="checkbox"/> Non		Utilisation d'un auto-injecteur d'épinéphrine (EpiPen) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Nom du médecin :		N° de téléphone :			
RENSEIGNEMENTS SUR LE CONTACT D'URGENCE :					
Nom :			Relation :		
N° de téléphone(s) :					
SIGNATURES :					
Signature de l'élève :			Date :		
Signature du parent / tuteur ou tutrice :			Date :		